

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

N° 23

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

AUGUSTIN COLLETTE

Né à Dijon, le 13 Janvier 1886.

Travail du Service de M. le Docteur ENRIQUEZ

Diagnostic radioscopique

des

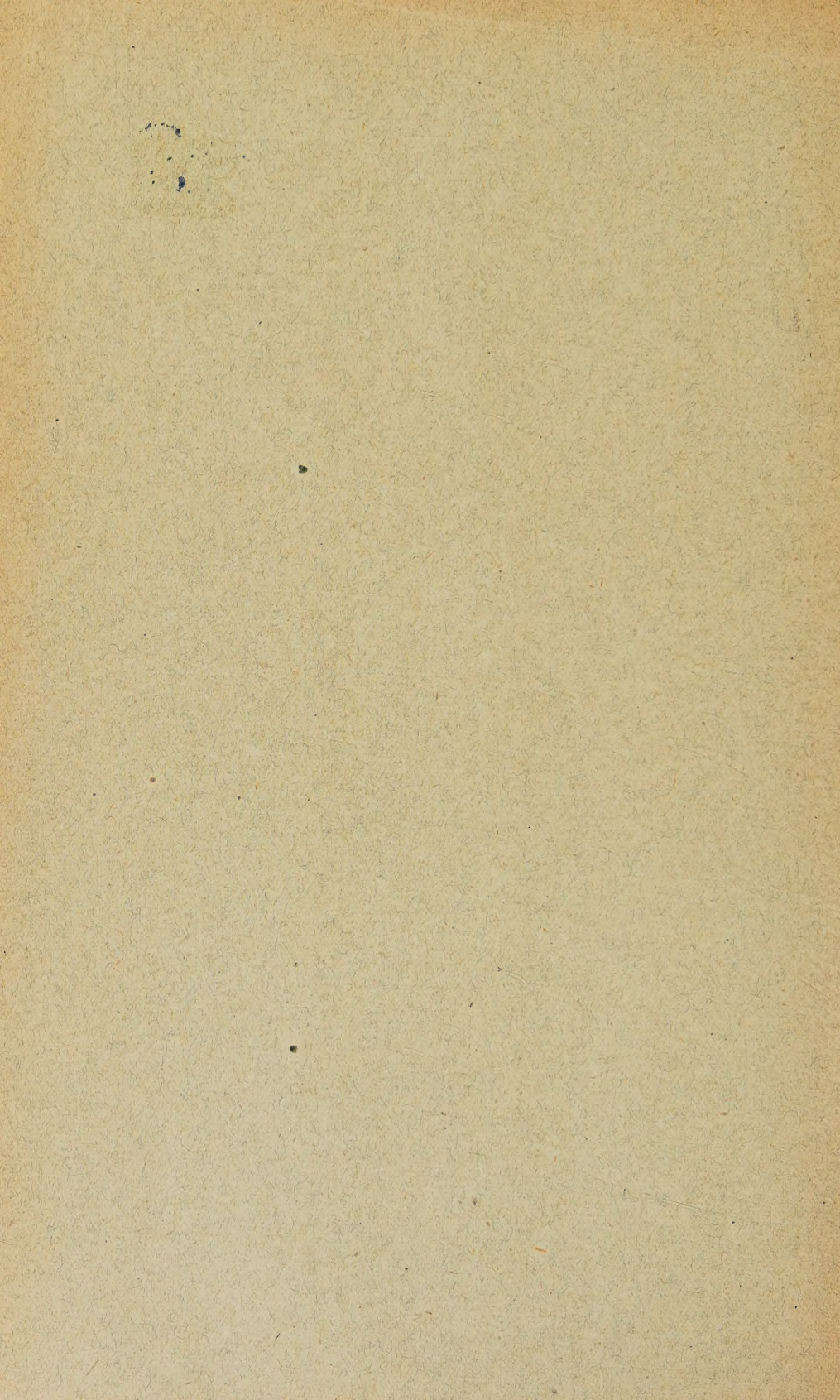
Biloculations gastriques

Président : M. ROBIN, Professeur.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE. ?

1913



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

23

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

AUGUSTIN COLLETTE

Né à Dijon, le 13 Janvier 1886.

Travail du Service de M. le Docteur ENRIQUEZ

Diagnostic radioscopique

des

Biloculations gastriques

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Président : M. ROBIN, Professeur.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1913

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	WEISS.
Chimie organique et Chimie générale.....	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ACHARD.
Pathologie médicale.....	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....	TEISSIER.
Anatomie pathologique.....	LEJARS.
Histologie.....	P. MARIE.
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....	Auguste BROCA.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	MARFAN.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE.
	ROGER.
	DEBOVE.
Clinique médicale.....	LANDOUZY.
	GILBERT.
Maladies des enfants.....	CHAUFFARD.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	G. BALLET.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GAUCHER.
	DEJERINE.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	QUENU.
	RECLUS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE.	GUENIOT.	LERI.	RICHAUD.
BERNARD.	GUILLAIN.	LOEPER.	ROUSSY.
BRANCA.	JEANNIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	JOUSSET (André).	MOCQUOT.	SAUVAGE.
CAMUS.	LABBE (Henri).	MULON.	SCHWARTZ (Anselme).
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NICLOUX.	SICARD.
CHAMPY.	LANGLOIS.	NOBECOURT.	TANON.
CHEVASSU.	LECENE.	OKINCZYC.	TERRIEN.
COUVELAIRE.	LEMIERRE.	OMBREDANNE.	TIFFENEAU.
DESMAREST.	LENORMANT.	RATHERY.	VILLARET.
GOUGEROT.	LEQUEUX.	RETTERER.	ZIMMERN.
GREGOIRE.	LEREBoullet.	RIBIERRE.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Le Docteur COLLETTE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Ancien Médecin de l'Hôpital de Dijon,
Professeur à l'École de Médecine de Dijon.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ROBIN

Professeur de clinique thérapeutique,
Médecin de l'Hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

*qui a bien voulu me faire l'honneur
de présider cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR ENRIQUEZ

Médecin de la Pitié,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*En témoignage de profonde reconnaissance
pour la bienveillance qu'il n'a cessé de me
témoigner pendant les deux années que j'ai
passées dans son service.*

*A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET
DE L'HOPITAL DE DIJON*

MM. DEROME, BROUSSOLLE, PERRIN, ZIPFEL, DUBARD, MICHAUX, PARIZOT,
HURION, LUCIEN, LECLERC, LONGIN, GAULT, TASSIN, FERRY.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage.

M. le Docteur THIERRY, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

M. le Docteur BARIÉ, médecin de l'hôpital Laënnec.

M. le Docteur HUTINEL, professeur de clinique infantile, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

M. le Docteur POTOCKI, professeur agrégé, accoucheur de l'hôpital de la Pitié.

Externat.

M. le Docteur MICHON (1910-1911), chirurgien de l'hôpital Cochin-annexe.

M. le Docteur ENRIQUEZ (1911 1912, 1912-1913), médecin de l'hôpital de la Pitié.

A M. le Docteur GASTON DURAND

En témoignage de profonde sympathie.

AVANT-PROPOS

Dans les maladies de l'estomac, l'intérêt du diagnostic réside dans le fait de savoir si on se trouve en présence d'une affection organique ou non. Les symptômes qu'accuse le malade sont parfois trompeurs, et il est des cas où après un examen clinique, même approfondi, on reste hésitant.

Pendant les deux années que nous avons passées, comme externe, à la Pitié, dans le service de M. le docteur Enriquez, où tous les malades atteints de troubles gastriques sont systématiquement examinés aux rayons X, nous avons eu maintes fois l'occasion de constater les services immenses que rend la radioscopie ; souvent, en particulier, elle nous a révélé l'existence d'une biloculation gastrique que rien, cliniquement, ne laissait supposer.

Il semble que depuis l'emploi des rayons X, la biloculation de l'estomac soit devenue une affection plus fréquente ; et de fait, puisqu'on voit reproduite sur l'écran la forme de l'estomac, on comprend qu'on ne puisse pas méconnaître une biloculation.

Mais nous verrons que toutes les fois qu'on a sous les yeux une image biloculaire, la déformation n'est pas due à une sténose médio-gastrique. Toute la difficulté con-

siste à savoir interpréter ce qu'on voit : on n'y arrive que par des examens prolongés et souvent répétés.

C'est pourquoi, des deux méthodes en présence, la radiographie et la radioscopie, cette dernière est la seule employée dans le service, puisque seule elle permet d'étudier la physiologie de l'estomac et de poursuivre sous l'écran l'examen clinique du malade.

Si la radiographie fixe sur une plaque les images qui apparaissent sur l'écran ; si elle leur donne plus de netteté et fait ressortir certains détails que l'œil ne pouvait qu'entrevoir, il faut, en revanche, montrer tant de prudence dans l'interprétation, que vouloir affirmer une biloculation en voyant simplement une radiographie, ce serait aller presque fatalement à une erreur de diagnostic.

Il faut donc toujours commencer l'exploration de l'estomac par un examen radioscopique.

Il montre, quand le malade avale les premières gorgées du liquide bismuthé, le déplissement des parois gastriques ordinairement accolées, le mode de réplétion de l'estomac, ses contractions, leur forme, leur intensité, leur durée, leur fréquence et la manière dont passe dans l'intestin le contenu stomacal. Il permet d'examiner le malade, non seulement de face, mais encore de profil et dans toutes les positions intermédiaires. Nous verrons, dans certains cas de déformations gastriques, par compression par exemple, les renseignements précieux que fournit cet examen latéral.

Combiné à la palpation, il permet d'étudier la localisation de points douloureux, et la fixité ou la motilité de l'estomac que met très bien en lumière également la manœuvre décrite par Chilaïditi : après une expiration

profonde, suivie de l'occlusion des narines et de la bouche, le malade dilate sa poitrine au maximum et fait remonter, avec le diaphragme, les organes abdominaux à l'intérieur de la cavité thoracique. Ce procédé permet à l'estomac libre d'adhérences, des déplacements en hauteur qui peuvent atteindre 10 à 12 centimètres.

Enfin, c'est seulement la radioscopie qui, à l'aide du rayon normal, promené derrière l'écran, permet de prendre orthodiagraphiquement les dimensions normales de l'estomac.

C'est donc par elle que devra se faire tout examen de l'estomac ; la radiographie n'a qu'un rôle secondaire ; elle ne servira qu'à fixer sur une plaque l'un des aspects les plus caractéristiques de cet examen.

DÉFINITION

On appelle estomac biloculaire (1), un estomac constitué par deux poches communiquant entre elles par un orifice ou un canal plus ou moins étroit.

Historique.

L'histoire anatomique de la biloculation gastrique est très ancienne.

Les premières observations sont dues à Riolan (1642), Blasius (1679), Valsalva (1715-1719), Heister (1730), Amyand (1735), Pesch, Fantani.

Morgagni (1760), qui rapporte les observations de ces auteurs, y ajoute cinq cas personnels. Toutes ces observations ne relatent que des trouvailles d'autopsie, et le diagnostic porté avant la mort avait été celui de gastralgie, d'ulcus ou de sténose pylorique.

Il en fut ainsi jusqu'au travail que Jaworski fit paraître sur la question en 1888.

Cependant, une observation rapportée par Betz en

(1) Synonymie : estomac en sablier, en bissac. — Allemand : *Sanduhrmagen*. — Anglais : *hourglass stomach*. — Italien : *stomaco a bisaccia*.

1886, fait exception. Cet auteur, frappé par la présence et la persistance chez un de ses malades, d'un « bruit de glou-glou » en un point de la région épigastrique, avait pensé à un estomac biloculaire : l'autopsie confirma plus tard ce diagnostic.

Jaworski, dans son mémoire, réunit les signes alors peu connus, qui doivent servir de base au diagnostic de la biloculation gastrique, et il décrit un signe nouveau, l'ectasia ventriculi paradoxa. Il consiste en ce que, quand on fait un lavage de l'estomac, l'eau versée par la sonde ne peut être ramenée qu'en partie ; tout se passe comme si l'estomac avait « un trou ». Il observe ce fait chez trois malades, mais comme la vérification anatomique ne peut être faite, il ne le donne que comme un signe de présomption.

Un peu plus tard, Sacke décrit chez une malade une zone médiane de matité, séparant deux zones sonores qui occupent respectivement les deux hypocondres, mais le diagnostic ne fut porté qu'à l'autopsie.

En 1890, Bramann trouve chez un malade les signes d'une biloculation gastrique et décide de pratiquer une opération pour remédier à la sténose médio-gastrique ; mais c'est là une exception.

Malgré son importance, le travail de Janowski avait eu peu de retentissement et jusqu'en 1893 on ne relève à l'actif de cette affection que des pièces anatomiques accompagnées d'observations d'ailleurs très incomplètes.

Vers cette époque, Krükenberg remarque que l'insufflation de l'estomac fait apparaître chez une malade deux tumeurs dans la région épigastrique : l'une supérieure,

sonore, est séparée par une zone mate d'une poche inférieure où il perçoit du clapotage. Son diagnostic fut reconnu exact après laparotomie et une gastro-entérotomie pratiquée sur la poche supérieure entraîna une guérison rapide.

Woelfler trouve chez une malade le signe de « l'ectasia ventriculi paradoxa » mais il ne pense pas à une biloculation. Sur quatre cas constatés à l'opération, Von Hacker était arrivé une fois au diagnostic par l'insufflation.

En 1896, Bouveret et Jaboulay font une nouvelle étude de la question et l'année suivante, Jaworski, dans un second mémoire, applique au diagnostic des méthodes nouvelles que nous ne pouvons que citer : l'insufflation, la palpation à la sonde, la gastro-diaphanie.

Depuis, de nombreux travaux ont paru sur la biloculation gastrique, tant en France qu'à l'étranger. Nous citerons le mémoire de Von Eiselsberg, celui de Watson, la thèse de Guillemot avec des observations inédites de MM. Tuffier, Marion, Chaput, les articles de Decker, Ewald, Schmidt, Moynihan, Mayo-Robson, de M. Lion, les thèses de Schömerus et de Kukro, les travaux de Barnabo et de Montprofit, les rapports récents de M. Tuffier et de M. le Professeur Hartmann à la Société de chirurgie et la Revue générale de MM. Lion et Nathan.

De tous ces travaux il ressort que le diagnostic d'estomac biloculaire est très délicat à faire cliniquement, impossible même le plus souvent. Et cela s'explique facilement si l'on considère que l'on se trouve en présence

non pas d'une entité morbide avec sa symptomatologie propre, mais à un état pathologique qui peut être le résultat d'affections diverses auquel il emprunte la plupart de ces symptômes.

Ce diagnostic, grâce aux rayons X, est devenu chose facile.

COMMENT SE PRÉSENTE SUR L'ÉCRAN RADIOSCOPIQUE UN ESTOMAC BILOCU- LAIRE.

La technique radioscopique est classique et nous n'avons pas à y insister. Le malade sera à jeun et dès qu'il commencera à avaler le liquide bismuthé, on regardera se dessiner la forme de l'estomac.

Dans tous les cas de bilocations, les images ne sont pas identiques : elles dépendent de la forme des deux poches gastriques, de leur situation respective et de la nature de la lésion, mais d'une façon schématique, les choses se passent ainsi :

Le bismuth ingéré s'accumule dans la poche supérieure sous-diaphragmatique, dont le fond est très au dessus de l'ombilic et des crêtes iliaques. Cette poche, globuleuse ou allongée, située toute entière à gauche de la ligne médiane, semble constituer toute la cavité gastrique.

Après un temps plus ou moins long, on voit le bismuth s'écouler de cette cavité en un mince filet, soit latéralement, soit de son point déclive, puis gagner la seconde poche, bas-située et dont la limite inférieure constitue le bas-fond de l'estomac. On voit alors apparaître, si la quantité de bismuth est suffisante, l'image radiologique, type, de l'estomac biloculaire : deux zones

globuleuses sombres, séparées par une portion rétrécie, claire, plus ou moins allongée.

En prolongeant l'examen, on assiste au passage de tout le bismuth dans la poche inférieure, qui, finalement, reste seule visible, jusqu'à ce que son contenu ait passé dans le duodénum.

Si la quantité de bismuth est insuffisante, ou si la sténose médio-gastrique est très serrée, soit du fait même de la lésion, soit par suite d'un spasme surajouté, la poche inférieure peut n'apparaître que longtemps après le début de l'examen. Il ne faut donc pas se hâter de rejeter un diagnostic d'estomac biloculaire.

Il faut, au contraire, penser à une biloculation, et s'efforcer de la faire apparaître chaque fois que l'on se trouve en présence d'un estomac petit, globuleux, sus-ombilical et situé en entier à gauche de la ligne médiane.

Il y a trois précautions à prendre : attendre, répéter les examens et augmenter la quantité de bismuth.

MM. Gellé et Henri Béchère ont rapporté un cas où la poche inférieure ne se dessina qu'une heure et demi après le début de l'examen ; on aurait pu passer à côté du diagnostic d'autant plus facilement que sur le bord droit de la poche supérieure on voyait comme l'amorce d'un petit canal qui avait l'apparence du duodénum, et qui, comme on l'a constaté plus tard, mettait les deux poches en communication.

Nous avons eu l'occasion d'assister à la Pitié, dans le service du docteur Enriquez, à l'examen d'une malade atteinte de néoplasme gastrique. La radioscopie montrait un estomac petit, effilé vers sa partie moyenne : tout le reste de l'organe semblait occupé par une masse néopla-

sique. Ce n'est qu'à un second examen pratiqué quelques jours plus tard, qu'on vît apparaître une seconde poche. On se trouvait en présence d'une biloculation que, dans le 1^{er} examen, rien ne permettait de supposer.

Il est donc nécessaire de répéter les examens et de bien suivre l'évacuation stomacale pour voir si le bismuth passe dans le duodénum ou s'il va s'accumuler dans une poche inférieure.

Il arrive aussi que la poche supérieure étant très dilatée, contienne tout le bismuth avalé par le malade ; cela peut se produire quand le canal de communication est situé latéralement et assez haut, ou quand la sténose est serrée. Pour remplir les deux cavités gastriques, il faut faire absorber au malade un repas bismuthé plus important.

Cette même précaution devra être prise lorsque les deux poches se remplissent presque simultanément, la biloculation n'est qu'ébauchée : le retrécissement n'est indiqué que par une dépression de la grande courbure qui laisse une libre communication entre les deux portions supérieure et inférieure de l'estomac ; pour bien mettre en évidence la biloculation, il faut faire prendre une nouvelle quantité de bismuth.

S'il ne faut pas méconnaître une biloculation, il importe aussi de ne pas en voir là où il n'y en a pas : Avant de porter un diagnostic, il faut s'assurer que l'image biloculaire ne disparaîtra pas aussitôt après son apparition, que, quelles que soient les manœuvres extérieures employées, les deux poches gastriques restent indépendantes l'une de l'autre, et qu'enfin, même si l'on

peut faire refouler le bismuth de la poche inférieure dans la poche supérieure, le canal étroit qui les unit conserve toujours le même calibre.

S'il n'en était pas ainsi, on aurait affaire à la « fausse biloculation » de certains auteurs, que l'on rencontre dans la ptose gastrique. M. le D^r Enriquez a montré depuis longtemps (1908), qu'on ne peut considérer comme estomacs biloculaires, les estomacs atones et ptosis.

L'erreur venait de ce que, dans ces cas, sous le poids du bismuth qui gagne le fond de l'estomac, la paroi musculaire affaiblie s'étire et s'étrangle, entre la grosse tubérosité et le fond de l'estomac ; la cavité gastrique se trouve rétrécie à sa partie moyenne par accollement de ses parois ; si la malade prend une nouvelle quantité de bismuth, elle s'accumule un instant dans la partie supérieure de l'estomac dont elle ne gagne que lentement le fond.

On croirait, à première vue, être en présence d'une biloculation.

Mais, si avec la main on comprime l'abdomen de façon à soulever le fond de l'estomac, on constate que le bismuth remonte très bien vers la partie supérieure, tandis que la partie moyenne, qui semblait rétrécie, reprend un calibre normal.

On arrive au même résultat en faisant faire au malade la manœuvre de Chilaïditi, ou en lui faisant porter un appareil de contention, par exemple une ceinture munie d'une pelote pneumatique.

Nous donnons ici les schémas pris, dans le service de M. le D^r Enriquez, lors de l'examen d'une malade,

Mme D. . . , atteinte de ptose gastrique, avec atonie. On voit les aspects absolument différents que présente l'estomac dans les deux cas que nous envisageons plus haut

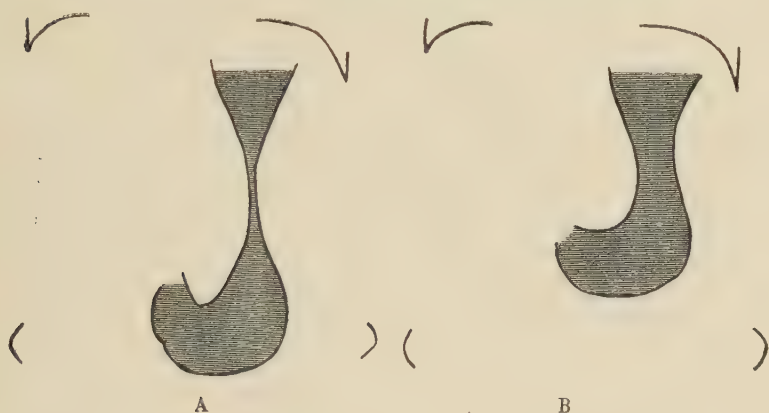


FIG. 1. — En A, estomac atone et ptosé. A sa partie moyenne se voit un rétrécissement qui s'élargit quand on soulève le bas-fond gastrique. — En B, même estomac. La radioscopie a été faite quand la malade portait une ceinture abdominale avec pelote pneumatique hypogastrique.

Avant même de discuter un diagnostic de biloculation, il faut donc s'assurer que la déformation gastrique vue avec l'écran, est permanente et irréductible, c'est-à-dire qu'elle ne disparaît pas aussitôt après son apparition, et qu'on la retrouve dans plusieurs examens successifs, et que des manœuvres extérieures n'arrivent pas à en modifier la forme.

Ceci posé, nous allons voir :

1° Quelles sont les affections du tube digestif et de ses annexes qui font apparaître sur l'écran des images biloculaires permanentes et irréductibles ;

2° Si toutes ces images correspondent à des estomacs *anatomiquement* biloculaires ;

3° Si le seul examen radioscopique permet de voir les cas où on a à faire à un estomac anatomiquement biloculaire ;

4° Si, par la radioscopie, on peut faire le diagnostic de la lésion qui crée la biloculation.

CAUSES DES BILOCULATIONS

On distingue ordinairement deux classes d'estomacs biloculaires : les estomacs biloculaires congénitaux et les estomacs biloculaires acquis.

Estomacs biloculaires congénitaux. — Plusieurs auteurs ont nié leur existence ; d'autres ont rapporté des observations qui ne semblent pas très concluantes. Le plus souvent les faits qui ont servi à en établir la description, avaient trait à des trouvailles d'autopsie ou de dissection faites chez des individus sans passé gastrique et morts des affections les plus diverses.

Nous ne voulons pas nier d'emblée l'existence de ses formes congénitales, mais comme aucun exemple radiologique ne permet jusqu'à nouvel ordre d'en préciser les caractères, elles ne rentrent pas dans notre description. On ne s'entend bien, d'ailleurs, que sur leur très grande rareté.

Estomacs biloculaires acquis. — Les lésions qui peuvent modifier l'aspect radiologique de l'estomac, et faire apparaître sur l'écran une image biloculaire sont nombreuses.

Pour faciliter leur énumération, nous admettrons que ces déformations peuvent avoir une double origine, gastrique ou extra gastrique, et nous diviserons leurs causes, en causes intrinsèques et en causes extrinsèques.

CAUSES EXTRINSÈQUES

Elles comprennent la compression par le corset ou par un organe hypertrophié, les torsions de l'estomac et les déformations par brides ou adhérences.

1° **Déformations dues au corset.** — Le rôle du corset dans la formation de l'estomac biloculaire, soupçonné déjà par Morgagni, a été admis par Cruveilhier et de nombreux auteurs. Comme ces déformations sont toujours produites par l'intermédiaire du foie ou de la rate, nous n'insistons pas sur elles ; nous remarquerons simplement que le corset est plutôt un facteur de ptose.

2° **Compression par un organe hypertrophié.** — L'image biloculaire peut être produite par effacement ou par refoulement de la région comprimée.

La *rate* produit rarement cette déformation. Nattan-Larrier l'a constatée une fois chez un malade porteur d'une rate paludique. Nous signalons simplement le fait.

Le *foie* la produit plus souvent et cette étiologie des biloculations gastriques est connue depuis fort longtemps. La première observation radiologique rapportée à ce sujet est due au docteur Henri Beclère, à qui nous l'empruntons.

« Il s'agit d'une tumeur maligne, sans doute d'origine épithéliale, que nous situons au lobe gauche du foie. Cette tumeur solide vient comprimer fortement la paroi gastrique et divise l'estomac en deux poches d'égales dimensions réunies par un long canal étroit.



FIG. 2 (d'après BÉCLÈRE). — Déformation biloculaire par compression hépatique. On voit que l'estomac est repoussé en masse vers la gauche.

La portion moyenne de l'estomac se trouve ainsi plaquée contre la paroi et la petite courbure est très distante du lobe gauche et de la colonne vertébrale. La pression manuelle n'arrive pas à vaincre cet aspect biloculaire et cela s'explique par suite du manque d'espace qui est dévolu à cette portion de l'estomac. La poche gazeuse de l'estomac a subi elle-même une déformation caractéristique, elle a la forme d'un croissant.

Notons en passant que le diaphragme du côté droit ne présente aucune surélévation anormale ni déformation ; au-dessous de l'obstacle hépatique, l'estomac dont le pôle inférieur est fortement abaissé, reprend sa forme normale. En invitant le malade à faire la manœuvre de

Chilaïditi, on voit que la portion inférieure de l'estomac se déplace sans qu'il semble y avoir d'adhérences. Les déplacements sont cependant limités à cause de l'obstacle créé par la tumeur située au-dessus. La malade qui présente cet aspect tout à fait anormal de l'image stomacale souffre de très grandes douleurs lombaires : elle est très cachectique. C'est devant l'impossibilité d'une intervention chirurgicale que nous avons tenté la radiothérapie. Il semble actuellement, après deux mois de traitement, que le néoplasme ait un peu diminué ; la sténose médico-gastrique est certainement moins serrée ».

Une *tumeur gazeuse* du colon peut aussi soulever et comprimer l'estomac qui arrive à prendre parfois un aspect nettement biloculaire.

Dans ce cas, les images observées ne sort pas toujours identiques et varient sensiblement d'un examen à l'autre ; leur forme dépend de la distension plus ou moins grande du colon et de sa situation par rapport à l'estomac qui glisse tantôt en avant, tantôt en arrière, tandis que parfois il reste à cheval sur le sommet de l'anse intestinale. L'apparence biloculaire, malgré ces variations de formes, reste néanmoins très apparente et peut persister pendant plusieurs mois.

Un exemple remarquable de cette forme de biloculation a été rapporté par MM. Enriquez et Durand qui ont bien voulu nous autoriser à résumer ici leur observation.

Observation (résumée). — Il s'agit d'une malade de 36 ans, Mlle E..., qui entre dans le service de M. le Dr Enriquez à l'hôpital de la Pitié, le 13 juin 1910 et qui a été suivie pendant plus de deux ans et demi.

Nous passons sur l'histoire clinique de la malade et nous nous contenterons de rapporter quelques-uns des examens radioscopiques qui furent faits de juin 1910 à décembre 1913.

1^{er} examen radioscopique, le 17 juin 1910 (voir fig. 3). — Transparence inusitée de tout l'abdomen. Bord inférieur du foie visible. Surélévation de la coupole diaphragmatique du côté gauche (indices d'une aérophagie et d'un état gazeux de l'intestin très marqués).

Ingestion de 200 cc. de bismuth gommé : au début on voit se former un petit cul de sac en A, qui devient rapidement plus profond, puis brusquement, vers la fin de l'ingestion du bismuth, apparition d'un 2^e cul de sac en B. Lorsque tout le liquide est absorbé, on observe l'image dont nous reproduisons ci-dessous le calque. Les diverses incisures du contour de l'image ne se modifient pas pendant une demi heure et l'évacuation gastrique à ce moment n'a pas commencé. L'image n'est pas modifiée par la pression au niveau du bas-fond gastrique.

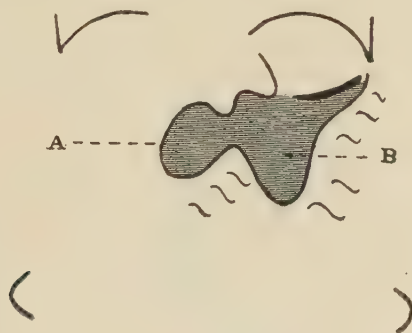


FIG. 3 (d'après MM. ENRIQUEZ et G. DUHAND). — 17 juin 1910.

2^e examen, le 2 juillet 1910 (voir fig. 4). — Même aspect que dans l'examen précédent, même état gazeux de l'abdomen.

Ingestion de liquide bismuthé. Même mode de remplissage en deux temps, mais l'image également biloculaire est un peu différente : la chambre à air gastrique est plus volumineuse. Les cellules du colon sont partout visibles. Une heure après l'ingestion de

bismuth, l'image est la même, mais il est passé du bismuth dans l'intestin.

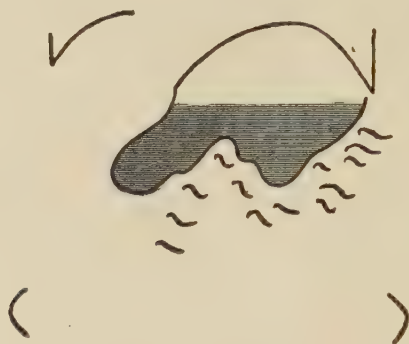


FIG. 4 (d'après MM. ENRIQUEZ et G. DURAND). — 2 juillet 1910.

3^e examen, le 16 juillet 1910. — L'image est un peu modifiée mais la biloculation persiste.

4^e examen, le 14 octobre 1910 (voir fig. 5). — L'aspect biloculaire a disparu, mais l'estomac est repoussé en masse vers la droite par le colon ; l'aspect biloculaire réapparaît le 21 janvier 1911.

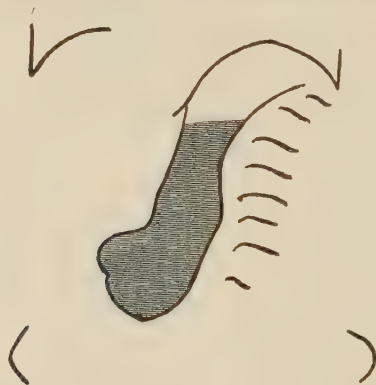


FIG. 5 (d'après MM. ENRIQUEZ et G. DURAND). — 14 octobre 1910.

Le 15 février 1911, vu l'évolution des symptômes cliniques présentés par la malade, et son mauvais état général, une interven-

tion chirurgicale exploratrice fut pratiquée par M. le Prof^r Hartmann ; on trouve un estomac de forme normale ne présentant en aucun point, ni au palper, ni à l'inspection, de lésion appréciable. Colon très volumineux. Le grand épiploon, remarquablement gros

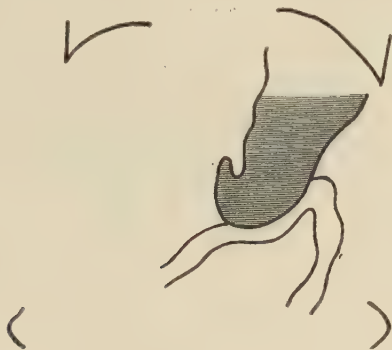


FIG. 6 (d'après MM. ENRIQUEZ et G. DURAND). — 23 juin 1911.

et anormalement développé est réséqué en partie, les suites opératoires sont bonnes.

5^e examen, le 28 juin 1911 (voir fig. 6). — Estomac de forme à



FIG. 7 (d'après MM. ENRIQUEZ et G. DURAND). — 22 juillet 1912.

peu près normale, avec poche à air assez volumineuse. Le colon ne paraît pas distendu.

6^e examen, le 22 juillet 1912 (voir fig. 7). — Chambre à air volu-

mineuse et globuleuse. Aspect biloculaire en cornue, ne se modifiant pas par la pression.

Cet aspect biloculaire reste à peu près identique jusqu'à la fin de 1912, comme une série d'examens successifs a permis de le constater.

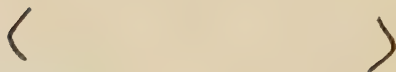


FIG. 8 (d'après MM. ENRIQUEZ et G. DURAND). — 23 décembre 1912.

L'examen pratiqué le 3 décembre 1912 a donné le schéma que reproduit la figure 8.

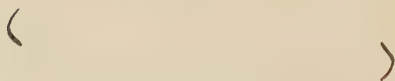


FIG. 9. — Déformation biloculaire par distension gazeuse du côlon.

Nous avons eu l'occasion de constater chez un malade venu consulter à l'hôpital de la Pitié dans le service de

M. le Dr Enriquez un autre cas de biloculation gastrique par compression colique.

Observation (inédite). — Il s'agit d'un malade de 53 ans, M. St., grand névropathe. L'examen radioscopique montre un abdomen très gazeux les cellules coliques sont visibles, la poche à air de l'estomac est volumineuse et cet organe présente une déformation en cornue caractéristique (voir fig. 9).

Notons que, à la fin de l'examen, l'aspect biloculaire persiste mais d'une façon moins apparente ; l'estomac présente des contractions énergiques et se vide rapidement.

Des cas analogues ont été rapportés à la *Société de Radiologie* par M. H. Bécère (n° de mars 1913, p. 93) et par M. Delherm.

3^e Torsions de l'estomac. -- Il est des cas où l'estomac, subissant une torsion autour de son axe, peut prendre un aspect biloculaire.

On n'en connaît que trois exemples dans la littérature médicale.

Dans le premier cas, rapporté par Dini, il s'agit d'une rate hypertrophiée et ptosée qui, dans sa chute dans le petit bassin, avait entraîné avec elle, et fait basculer la grande courbure ; la portion pylorique de l'estomac distendue par les gaz, venait se placer à cheval sur la région cardiaque.

Dans les deux autres cas dus, le premier à Mazotti, le second à Langerhans, il semble que la torsion de l'estomac ait été produite par la formation de brides péritonéales.

4^e Brides et adhérences. — Les brides péritonéales et les adhérences périgastriques ont été souvent signalées dans les autopsies d'estomacs biloculaires ou dans les compte-rendus d'opérations faites au cours de cette affection.

La fixation de la petite courbure, au foie par exemple, entraîne dans la position verticale un relèvement de la grande courbure au point correspondant à la ligne de tension ; il en résulte un rétrécissement de l'estomac suivant cette même ligne, et une division de la poche gastrique ; celle-ci devrait reprendre sa forme normale quand le malade est couché, mais nous verrons que dans la très grande majorité des cas, le seul tiraillement de l'estomac fixé par une adhérence, ne suffit pas à produire une biloculation.

Il peut, de même, s'établir des adhérences avec le pancréas, le colon transverse, le duodénum, jéjunum, la paroi abdominale, de telle sorte que l'image gastrique présente en dehors de la biloculation, des modifications résultant d'une rétraction plus ou moins grande de l'estomac.

Nous avons dit que les adhérences périgastriques, quand elles existaient, n'étaient pas le seul facteur de la déformation gastrique.

Si l'on excepte les trois observations de Budingen, de Cumston et de Castellani, dans lesquelles il est dit que le péritoine est seul atteint, on constate que ces adhérences sont presque toujours la conséquence de la péri-gastrite développée autour d'un cancer ou d'un ulcère ; il arrive souvent, en effet, qu'après la rupture de ces

adhérences, la biloculation persiste du fait de la présence d'une lésion de la paroi gastrique, véritable agent de la sténose ; aussi reparlerons-nous de ces causes de biloculation dans le chapitre suivant.

CAUSES INTRINSÈQUES

Les causes intrinsèques de la biloculation gastrique sont, par ordre de fréquence croissante :

- la syphilis ;
- le cancer ;
- les ulcérations et le spasme.

1° Syphilis. — L'estomac biloculaire, d'origine syphilitique, constitue une des formes généralement décrites de la syphilis gastrique.

Frerichs, Rudnew, ont eu l'occasion d'en observer plusieurs cas à l'autopsie.

Lafleur, en 1903, a constaté chez un malade au cours d'une intervention, l'existence d'une sténose médio-gastrique, et la présence de gommes au niveau du bord libre du foie. On ne poussa pas l'opération plus avant, et le malade mis au traitement spécifique, guérit rapidement.

La radioscopie a ici un rôle des plus importants ; non seulement elle permet de voir un estomac biloculaire chez un syphilitique atteint de troubles gastriques, mais encore on peut, grâce à elle, suivre les modifications qu'apporte à la lésion un traitement approprié et éviter ainsi au malade une opération inutile.

La syphilis gastrique est une affection rare, aussi les

observations d'estomacs biloculaires de cette origine sont peu nombreuses.

Deux cas entre autres ont été publiés à la Société Médicale des Hôpitaux, par MM. Leven et Barret (25 février 1910), et par MM. Bécère et Bensaude (19 mai 1910).

Nous résumerons cette dernière observation :

Observation (résumée). — Il s'agit d'un homme de 54 ans ayant contracté la syphilis à 24 ans et qui depuis bientôt 11 ans souffre de l'estomac. Ni vomissements, ni hématurie, mais un grand amaigrissement.

L'examen radioscopique met en évidence l'existence de deux poches gastriques offrant dans leur ensemble la forme d'une corne. La communication entre les deux poches se fait lentement : la supérieure se remplit d'abord et ce n'est qu'après un temps variant de un quart d'heure à une heure que la poche inférieure devient visible ; le niveau du liquide n'est pas à la même hauteur dans les deux poches ; la poche inférieure se vide plus lentement que la supérieure et il arrive un moment où cette dernière contient seule du bismuth. Avant de pratiquer une intervention chirurgicale, on tente le traitement spécifique. Les troubles digestifs disparaissent, l'état général s'améliore, le malade engraisse.

Malgré ces changements rapides, l'estomac conserve toujours sa forme biloculaire ; mais les examens radiologiques ultérieurs montrent des modifications profondes : la communication entre les deux poches s'établit plus rapidement, si bien que le niveau du liquide ne tarde pas à être le même dans les deux poches. Dans les dernières radiographies, on ne trouve plus qu'une ébauche de biloculation.

Nous avons eu également l'occasion d'observer dans le service de M. le Dr Enriquez un estomac biloculaire dont l'origine spécifique n'est pas douteuse.

Observation (inédite). — Mlle H. B. ., âgée de 48 ans, vient consulter au mois de novembre 1910 pour des troubles gastriques. Depuis 18 mois elle vomit régulièrement tous ses aliments un quart d'heure après leur absorption ; la malade ne souffre pas en dehors des repas, les vomissements sont précédés de quelques nausées : jamais d'hématémèse ni de mœlena. Par contre, la malade qui depuis plusieurs semaines ne peut supporter que du képhir, présente un amaigrissement considérable et très rapide.

Le 12 novembre, un examen radioscopique montre qu'on se trouve en présence d'un estomac biloculaire très net. Le rétrécissement siège assez près du cardia et est représenté par une encoche profonde située du côté de la petite courbure (voir fig. 10).

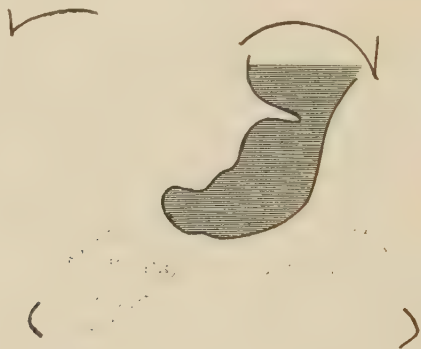


FIG. 10. — Biloculation gastrique d'origine syphilitique.

L'évolution de la maladie, l'amaigrissement rapide, l'âge de la malade, l'absence de douleurs et d'hématémèses firent songer à la possibilité d'une biloculation d'origine spécifique. La réaction de Wassermann est positive. On donne alors à la malade un traitement mercuriel intensif.

Les symptômes cliniques s'améliorent, les vomissements disparaissent ; la malade peut reprendre un régime normal, mais comme elle quitte Paris vers le mois de janvier, il n'est pas facile de suivre de près les modifications de sa lésion. Cependant, elle revient consulter au mois de mars. Son état général est très bon et un examen radioscopique pratiqué à cette époque montre

que la sténose médio-gastrique est beaucoup moins serrée ; il ne subsiste qu'une légère encoche au niveau de la petite courbure (voir fig. 11).

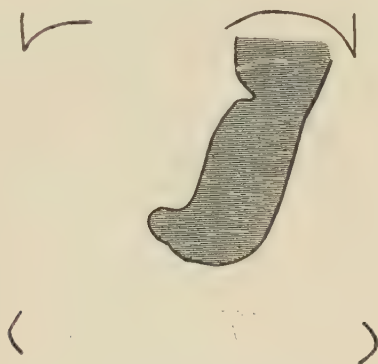


FIG. 11. — Même estomac que dans la figure précédente. La malade suit depuis 3 mois 1/2 un traitement mercuriel. On voit que l'encoche située sur la petite courbure est moins marquée : la sténose médio-gastrique est beaucoup moins serrée.

2° **Cancer.** — Le cancer est plus souvent que la syphilis une cause de biloculation gastrique ; dans ce cas, les aspects de la biloculation sont assez variés : elle est, en effet, la conséquence tantôt du volume du néoplasme qui peut obstruer presque complètement la cavité gastrique, tantôt de sa nature squirreuse et de sa rétraction par places pouvant entraîner des sténoses multiples, tantôt enfin de l'envahissement de l'épiploon et de la production de traînées fibreuses sur les parois externes de l'estomac ou d'adhérences aux parties voisines.

Les observations d'estomacs biloculaires par cancer sont nombreuses ; nous en rapporterons deux.

Observation I (résumée). (D^r LEGROS. *Archives des maladies de l'appareil digestif*). — Il s'agit d'une malade de 38 ans, Mme B.,

chez qui a été fait cliniquement le diagnostic de néoplasme gastrique.

L'examen radioscopique a fait constater l'existence d'une biloculation dont voici la description.

La poche supérieure de cet estomac est à peu près sphérique avec prolongement inférieur esquissant la petite courbure.

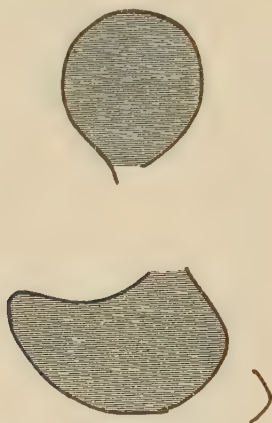


FIG. 12 (d'après M. LEGROS). — Radiographie prise le malade couché. Biloculation par néoplasme gastrique.

La forme générale de l'organe est conservée et reconnaissable, c'est sur la petite courbure que se constitue la communication étroite entre les deux sacs. En dehors de ce point, la partie moyenne de l'estomac, celle qui correspond à l'union de la grosse tubérosité avec le corps disparaît, le rétrécissement paraît donc correspondre nettement à l'incisure cardiaque. La poche inférieure est constituée par la partie inférieure de la grande courbure, l'antrum et la région pylorique, cette poche est dans la fosse iliaque gauche, comme le montre la radiographie prise en position couchée : la position debout donnerait une situation encore plus déclive.

L'aspect radioscopique reste remarquablement identique au cours de plusieurs examens successifs, seule la partie rétrécie apparaît plus ou moins rectiligne ou sinueuse au cours de la pénétration du bismuth dans le second sac. Le rétrécissement n'est pas extensible

et ne se modifie pas spontanément. La région pylorique répond aux deux dernières lombaires ; il n'y a pas de sténose à ce niveau comme le montre le début de l'évacuation par le duodénum et les examens radioscopiques ultérieurement pratiqués.

Ce cas fut l'objet d'une intervention chirurgicale qui confirma entièrement les données ci-dessus.

Observation II (inédite). — Il s'agit d'une malade de 40 ans, Mme Br. , dont l'observation nous a été communiquée par le docteur Gaston Durand.

Cette malade vient le consulter le 5 décembre 1912 pour des troubles gastriques dont le début remonte à 15 ans.

Actuellement la malade souffre beaucoup dans la région épigastrique : ses douleurs deviennent plus vives au moment des vomissements qui se produisent régulièrement 1 heure ou deux après les repas ; on note un dégoût complet de la viande, un amaigrissement considérable et rapide ; il n'y a jamais eu d'hématémèse, mais les selles contiennent du sang ; le Weber est positif.

L'examen radioscopique montre qu'il s'agit d'un estomac biloc-

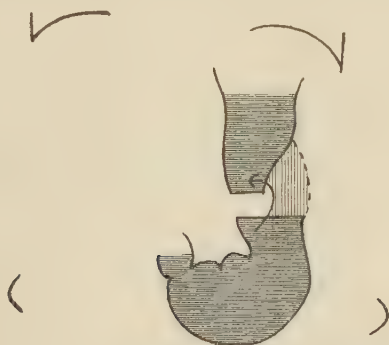


FIG. 43. — Biloculation par néoplasme gastrique. Quand on soulève le fond de l'estomac, le bismuth remonte en suivant le trajet indiqué par la flèche sans produire une distension de la partie sténosée.

culaire. La poche supérieure se remplit rapidement et c'est sous forme de trainées grisâtres, que le bismuth vient s'accumuler dans

la poche inférieure ; l'évacuation se fait rapidement par le pylore et à son niveau les contractions gastriques sont très énergiques.

Au niveau de la partie moyenne de l'estomac se dessine une masse ovoïde floue, située du côté de la grande courbure, et qui n'est autre que la tumeur néoplasique ; elle est sillonnée de traînées bismuthées. Le bismuth, quand on soulève le fond de l'estomac, remonte en suivant le trajet marqué par la flèche.

L'opération pratiquée par le docteur Bonnamy confirme pleinement le diagnostic : on trouva une tumeur néoplasique siégeant sur la grande courbure, à la partie moyenne de l'estomac, avec étranglement en ce point.

3° Ulcérations et spasme. — *Les ulcérations gastriques constituent la cause de beaucoup la plus fréquente des biloculations.* — A part deux observations de Von Hacker et d'Emil Klein qui ont trait à des ulcérations produites par l'ingestion de caustiques et deux autres, la première de Potain, la deuxième de Malescot et Huet où un traumatisme local avait causé la lésion, toutes les autres concernent des faits d'ulcères simples de l'estomac.

Plus de 90 % des cas de biloculations, disent les statistiques, sont dus à des ulcus gastriques, ce qui explique par là même la plus grande fréquence de cette affection chez la femme.

Le mécanisme de la biloculation secondaire à un ulcus est assez complexe.

Il arrive que chez des malades porteurs d'ulcus plus ou moins anciens, révélés par la clinique, l'examen radioscopique montre un estomac biloculaire et qu'on juge alors une intervention chirurgicale nécessaire.

On peut se trouver en présence d'une sténose médio-

gastrique développée autour « d'un ulcus de la petite courbure et dans la majorité des cas d'un ulcère calleux ancien, ayant déterminé une réaction inflammatoire qui par la formation d'adhérences, de tissus cicatriciels à tendance rétractile, augmente et fixe la lésion ».

Mais il arrive aussi, qu'après laparotomie, on ne trouve plus trace de sténose médio-gastrique : on pourrait imputer à la radioscopie une erreur de diagnostic, ou croire tout au moins à une erreur d'interprétation.

Les choses peuvent s'expliquer autrement.

Dans la formation d'une biloculation secondaire à un ulcus, l'ulcus le plus souvent n'est pas seul en cause : la rétraction cicatricielle avec la périgastrite concomittante et le spasme engendré par la lésion gastrique sont deux facteurs de la plus haute importance.

Un ulcère peut produire à la partie moyenne de l'estomac les mêmes phénomènes qu'au niveau du pylore, et dans les deux cas il est plausible d'admettre que l'évolution de la sténose se fait en deux temps : à un premier stade de biloculation spasmodique succède le spasme de la biloculation organique.

Le spasme disparaît dans la majorité des cas sous l'influence de l'anesthésie chloroformique et c'est ce qui fait qu'au cours d'une opération on ne trouve parfois plus trace d'une biloculation que l'examen radioscopique avait permis d'affirmer. On était simplement en présence d'une biloculation en voie d'organisation et la radioscopie avait fait faire un diagnostic précoce qui, dans le cas présent, est d'une grande utilité pour le malade.

Nous verrons combien il est difficile de séparer la part qui revient au spasme, de celle qui revient à la

lésion organique, car dans les deux cas les images sont en tous points comparables.

Les observations de biloculations par ulcère sont nombreuses, nous nous contenterons d'en rapporter deux. Dans la 1^{re}, la biloculation est au stade spasmodique, dans la seconde, la lésion est bien organisée et fixée par adhérences.

Observation I (résumée). (MM. LERICHE et COTTE. *Société nationale de médecine de Lyon*). — Il s'agit d'une femme de 41 ans présentant depuis sept ans des troubles gastriques caractérisés par des douleurs et des vomissements. Le diagnostic d'ulcère gastrique avait été fait il y a longtemps, et la malade avait refusé l'opération qu'on lui proposait.

L'examen clinique montrait un grand estomac avec clapotage bien au-dessous de l'ombilic : on ne sentait pas de tumeur.

A l'examen radioscopique on vit qu'il s'agissait d'un estomac biloculaire ; l'examen de l'abdomen pratiqué à jeun montrait l'existence de deux poches gazeuses, l'une sous le diaphragme, l'autre dans la fosse iliaque gauche. Ces deux poches étaient tellement distantes l'une de l'autre qu'on crut tout d'abord que la seconde correspondait au gros intestin. L'ingestion de soupe de bismuth vint bientôt lever tous les doutes. Le bismuth arriva presque simultanément dans les deux poches donnant l'aspect d'un estomac biloculaire. La malade fut opérée le lendemain. Or, elle ne présentait au point de vue anatomique aucune trace de biloculation, mais il existait au niveau de la petite courbure un *ulcère* très étendu qui adhérait fortement en arrière.

On ne put enlever l'ulcère et malgré une gastro-entéro-anostomose postérieure pratiquée sur la grosse tubérosité, les phénomènes douloureux réapparurent après six mois de guérison apparente.

Observation II (résumée). — (MM. BARJON et REY. *Archives d'électricité médicale*). — Mme D..., 36 ans, souffre de l'estomac

depuis l'âge de 15 ans. Actuellement, crises douloureuses tardives ; vomissements alimentaires vers 5 ou 6 heures du soir, soulageant la malade ; pas de douleurs le matin, rarement la nuit. Les vomissements et les selles ont contenu du sang noir. On pense à un ulcère et on propose à la malade un examen radioscopique.

Examen à jeun à 8 h. du matin : l'estomac n'est pas complètement vide, on note un peu de clapotage sous-ombilical. Quand on fait absorber à la malade du bismuth, on est tout étonné de voir un estomac petit, tout entier sus-ombilical, au lieu du grand estomac qu'on s'attendait à trouver. Au bout d'un moment, on voit que le bismuth s'échappe par bouchées du petit estomac et vient se collecter un peu au-dessous sous forme d'une boule du volume d'une noix. Cette boule augmente à mesure que l'estomac se vide et il devient évident qu'il existe au-dessous de l'estomac supérieur une seconde poche qui communique avec la première par un passage très étroit qui joue le rôle d'un véritable pylore. En un mot, il s'agit d'un estomac biloculaire. Après qu'elle a été remplie, la poche inférieure entre à son tour en contractions, et on la voit se vider normalement par le vrai pylore. Il n'y a pas de sténose pylorique, mais des examens pratiqués cinq et neuf heures après montrent qu'il reste une quantité notable de bismuth dans la poche inférieure. Celle-ci est du reste très abaissée, située toute entière dans la cavité pelvienne, ce qui explique qu'elle éprouve une certaine difficulté à se vider.

Le diagnostic était donc heureusement complété par l'examen radioscopique qui montrait d'une façon indiscutable que l'ulcère gastrique avait provoqué la formation d'une sténose médio-gastrique divisant l'estomac en deux poches à peu près égales, en lui donnant la forme classique du sablier.

Cet examen montrait encore que les deux poches distinctes se comportaient chacune pour son propre compte comme un estomac normal. En effet, chacune conservait sa contractilité propre et indépendante, et chacune se vidait par un pylore. La sténose médio-gastrique servait de pylore à la poche supérieure. D'autre part, quand la poche supérieure était en contraction, la poche inférieure était au repos et inversement.

Une opération fut pratiquée par le Dr Delore : on trouva un estomac biloculaire divisé en deux portions à peu près égales par une sténose médio-gastrique très serrée, adhérente au pancréas ; l'ouverture de l'estomac révéla l'existence de deux ulcères, l'un récent non encore ulcéré, mais avec réaction inflammatoire, l'autre cicatrisé.

TOUTES LES IMAGES RADIOSCOPIQUES RÉALISANT UN ASPECT BILOCUCLAIRE CORRESPONDENT-ELLES A UN ESTOMAC BILOCUCLAIRE ANATOMIQUE ?

Au sens anatomique, pour qu'il y ait biloculation, il faut un rétrécissement de la partie moyenne de l'estomac laissant une communication plus ou moins étroite entre les deux poches gastriques.

Cette déformation doit subsister quand l'estomac est isolé des organes qui l'environnent ; c'est dire que la cause doit résider dans une lésion de la paroi gastrique.

Cette lésion peut diviser la cavité stomacale en deux loges, de deux manières :

Directement, par obstruction de la lumière de la cavité gastrique, comme dans certains cas de néoplasme, ou par rétraction cicatricielle autour d'une lésion ulcérée ;

Indirectement, en facilitant la production de brides et d'adhérences, ou en faisant naître un spasme, la biloculation spasmodique n'étant que le début d'une biloculation organique en évolution.

En dehors de la syphilis, du cancer et de l'ulcère qui agissent sur la paroi gastrique, on ne connaît pas d'autres causes capables de créer une sténose médio-gastrique.

Ce que nous avons appelé les causes extrinsèques des biloculations, ne donnent donc naissance qu'à des

images biloculaires, qui n'ont aucun rapport avec les biloculations anatomiques, dont il est très important de pouvoir les séparer.

Nous allons voir que le simple examen radioscopique de ces images fournit un certain nombre de signes qui permettent d'éviter une erreur de diagnostic.

COMMENT SE PRÉSENTENT LES ESTOMACS BILOCULAIRES DE CAUSES EXTRINSÈQUES.

Il s'agit là de ce que certains auteurs appellent les fausses biloculations, ou les biloculations d'emprunt, et qui relèvent toutes de phénomènes de compression. D'après ce que nous avons vu, deux cas peuvent se présenter, la tumeur est solide ou liquide, ou elle est gazeuse.

Dans le premier cas, il s'agit d'une tumeur dure, résistante, ordinairement volumineuse, à peu près constante dans sa forme, et qui repousse l'estomac en totalité. Il affecte la forme d'un croissant dont la concavité se moule sur la convexité de la tumeur. Celle-ci est ordinairement peu visible : elle se traduit aux rayons X par une zone sombre, opaque, grisâtre. Nous avons cité plus haut une observation due au Dr Béclère et ayant trait à un néoplasme hépatique qui refoule l'estomac.

On voit sur le schéma radioscopique (fig. 2), que le bord gauche de l'estomac est plaqué contre la paroi latérale de l'abdomen, et que la petite courbure repoussée vers la gauche, est très éloignée de la colonne vertébrale ; au-dessous de l'obstacle hépatique, l'estomac reprend sa forme normale. L'estomac étant fixé au niveau du cardia et au niveau du pylore, s'est surtout laissé refouler au niveau de sa partie moyenne plus

mobile, et c'est là que se produit le rétrécissement apparent, qui n'a d'autre origine que cette compression hépatique.

Quand il s'agit d'une tumeur gazeuse, le diagnostic est également très facile.

La distension gazeuse du colon se voit aux rayons X ; elle se traduit sur l'écran par une zone claire, sur laquelle vient se mouler le bismuth contenu dans l'estomac. Dans les schémas (fig. 3 à 6) que nous avons donnés, on voit les cellules coliques.

L'estomac peut être repoussé en totalité vers la droite (fig. 5), mais le plus souvent il présente des aspects bizarres : le colon s'insinue en arrière de lui et fait apparaître çà et là des traînées de bismuth dont l'explication n'est donnée que par un examen latéral du malade.

De plus, si la déformation biloculaire est constante, elle se présente quelquefois d'un examen à un autre sous des aspects différents, selon la quantité de bismuth contenu dans l'estomac et la pression plus ou moins grande du gaz intra-colique.

Dans ce cas, il est facile de ramener la déformation de l'estomac à sa véritable cause.

LA RADIOSCOPIE PERMET-ELLE DE DÉTERMINER LA LÉSION QUI CRÉE LA BILOCULATION ?

Nous avons vu jusqu'ici quelles étaient les causes des déformations biloculaires, ce qu'était un estomac biloculaire anatomique, comment la radioscopie permettait de faire le diagnostic entre les biloculations de causes extrinsèques et les biloculations de causes intrinsèques.

Il nous reste à voir si, en présence d'un estomac biloculaire anatomique, on peut par la radioscopie déterminer la nature de la lésion, et voir si on a à faire à de la syphilis, à un cancer ou à un ulcère.

Nous éliminerons d'abord les biloculations d'origine syphilitique qui n'ont pas de caractères radiologiques propres ; la radioscopie montre donc la biloculation sans permettre d'en présager la nature.

Quoique ce soit une affection rare, il faudra y penser chaque fois qu'on trouvera une biloculation chez un syphilitique qui présente des symptômes gastriques dont l'évolution ne rentre dans le cadre clinique ni du cancer, ni de l'ulcère. Il n'y a d'ailleurs aucun inconvénient pour le malade à lui faire suivre en cas de doute un traitement spécifique. La radioscopie permettra de suivre les modifications des lésions sous l'influence du traitement ; elle a là un rôle de la plus grande importance.

Si l'on arrive à éliminer cette cause de biloculation en présence par exemple d'un Wassermann négatif, le diagnostic restera à faire entre une lésion cancéreuse ou une lésion ulcéreuse.

Un malade atteint de biloculation néoplasique peut se présenter avec tous les signes de la cachexie cancéreuse, mais ces signes sont parfois trompeurs et on sait combien est difficile en clinique la différenciation diagnostique entre les lésions d'origine ulcéreuse et les lésions d'origine cancéreuse.

La radioscopie viendra encore ici au secours de la clinique.

On peut dire que d'une façon générale le néoplasme donne lieu à des biloculations moins nettes dans leurs contours que l'ulcère. L'estomac, au lieu d'être uniformément noir, après absorption de bismuth, présente aux environs de la sténose une zone floue, « un aspect marécageux dû à l'inégalité de la surface néoplasique qui est creusée de dépressions inégales » dans lesquelles s'engagent des traînées de bismuth.

Le canal de communication entre les deux poches gastriques n'est souvent qu'à peine esquissé, on peut n'en deviner que l'amorce, et c'est sous forme de traînées grisâtres, à peine visibles, que le bismuth gagne le fond de l'estomac ; à première vue les deux poches semblent indépendantes l'une de l'autre. L'estomac présente de plus par places des images lacunaires dues aux infiltrations néoplasiques de la paroi qui ont souvent une grande étendue, même quand le rétrécissement est peu serré.

Dans l'ulcus, au contraire, la sténose est ordinairement

plus marquée et les modifications pariétales sont moins étendues, aussi les contours gastriques sont-ils plus nets. Les deux poches peuvent communiquer par un canal étroit et allongé mais le plus souvent elles ne sont séparées que par un pincement de la paroi formant à ce niveau une sorte d'encoche plus ou moins accusée, comme cela se voit sur la figure 14.

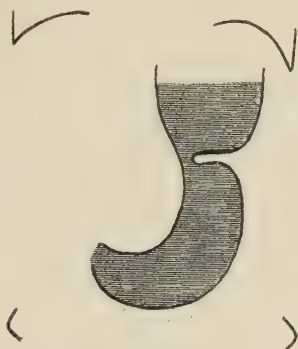


FIG. 14 (d'après M. TUFFIER). — Biloculation par ulcus.

La portion rétrécie est presque toujours reportée vers la petite courbure comme si la lésion occupait le bord droit de l'estomac, ce qui semble paradoxal puisqu'on sait que l'ulcère est beaucoup plus fréquent sur la petite que sur la grande courbure.

Mais on sait depuis longtemps qu'un ulcère ne siège pas fatalement au point marqué par une encoche de biloculation ; il peut occuper un point diamétralement opposé.

M. le Prof^r Letulle a attiré de nouveau l'attention sur ce fait à la *Société de radiologie*. Il y a été amené à la

suite d'une autopsie qui lui a permis de faire les constatations suivantes :

« Après avoir dégagé l'estomac, je constate qu'il présente sur le bord gauche de la grande courbure un aspect biloculaire caractérisé par une encoche de 1 centimètre de profondeur. La palpation de cette région ne permet pas de reconnaître une induration.

J'incise l'estomac suivant la grande courbure et trouve une cavité remplie de caillots cruoriques. L'estomac incisé et mis à plat ressemble alors à un trèfle à trois feuilles. L'aspect bilobé est nettement apparent et cet aspect est dû à une rétraction cicatricielle sous-muqueuse qui se dirige vers le milieu de la petite courbure à 7 cent. du cardia, à 10 cent. du pylore (car l'estomac est extraordinairement allongé). Je trouve un froncement cicatriciel sur la petite courbure. La palpation ne montre pas de zone nettement indurée. . .

L'aspect bilobé était dû à des tractus cicatriciels fins irradiés au centre de la cicatrice aux deux faces antérieure et postérieure de l'estomac et se dirigeant à gauche. »

M. le docteur Bécère a montré que ces faits ne venaient que confirmer ce qu'on sait actuellement du mécanisme de la biloculation ulcéreuse. C'est en créant un anneau de constriction circulaire que l'ulcère réalise l'aspect de l'estomac en sablier.

À la période d'activité de l'ulcère, « cet anneau de constriction témoigne de l'irritation de la couche musculaire et plus exactement de la contraction spasmodique des fibres circulaires sous-jacentes à la lésion de la muqueuse ». Ce spasme peut d'ailleurs persister pendant très longtemps. Il peut disparaître momentanément sous

l'influence d'un traitement médical ou d'une anesthésie chloroformique, ce qui explique, comme nous l'avons dit plus haut, qu'on ne trouve parfois plus trace de sténose, au cours de l'opération. Plus tard, quand l'ulcère est cicatrisé, cet anneau spasmodique sera fixé définitivement par une rétraction fibreuse d'origine cicatricielle.

Dans les deux cas, qu'il soit spasmodique ou fibreux, cet anneau se manifeste par « une encoche plus ou moins profonde de la périphérie de l'image stomacale observée sur l'écran. » La présence de cette encoche indique l'existence d'un sillon circulaire qui intéresse les deux faces de l'estomac et qui est presque toujours la conséquence d'un ulcère, mais elle n'en marque pas le siège : on arrivera parfois à le localiser par la palpation qui provoquera une douleur maximum en un point fixe de la paroi gastrique.

Puisque, qu'il soit spasmodique ou qu'il soit fibreux, cet anneau donne sur l'écran des images identiques, on comprend que la radioscopie ne permette pas de voir à quel stade de son évolution se trouve la biloculation ulcéreuse.

CONCLUSIONS

1° Les biloculations gastriques sont souvent très difficiles à diagnostiquer cliniquement ; la radioscopie rend leur diagnostic très facile.

2° La radioscopie permet de faire des diagnostics précoces qui sont d'un très grand intérêt pour le malade : d'où la nécessité absolue d'examiner aux rayons X tout malade accusant des symptômes gastriques.

3° Il n'y a pas au point de vue radioscopique de vraies ou de fausses biloculations : il n'y a que des images biloculaires réalisées chaque fois que l'estomac apparaît sur l'écran, formé de deux poches communiquant par une portion rétrécie.

4° On ne peut pas à première vue dire si ces images correspondent à un estomac anatomiquement biloculaire ; on n'arrivera au diagnostic que par des examens prolongés et souvent répétés et par une étude minutieuse du schéma qu'on voit sur l'écran.

Vu :

Le Président de la Thèse,
A. ROBIN.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Barjon et Rey.** Deux observations de biloculation gastrique; diagnostic radioscopique; intervention chirurgicale; guérison. *Archives d'électricité médicale*, n° 349, p. 5.
- Berkley et Moynihan.** Remarks on hourglass stomach. *Brit. med. Journ.*, 13 fév. 1904. p. 443.
- Beclère (H.).** Estomac biloculaire d'emprunt. *Bull. et mém. de la Société de radiologie*, n° 42, p. 54.
- Biloculation d'emprunt de l'estomac par réplétion gazeuse du colon et sténose du duodénum. *Id.*, n° 43, p. 93.
- Beclère (H.) et Gellé.** Radiogrammes pris à trois mois d'intervalle dans un cas d'estomac biloculaire. *Id.*, n° 41, p. 19.
- Beclère (H.) et Bensaude.** Estomac biloculaire syphilitique. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 19 mai 1911.
- Beclère et Mériel.** L'exploration radiologique dans les affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin. *Archives d'électricité médicale*, nos 344, 345 et 346.
- Belot et Aubourg.** Les méthodes d'exploration radiologique du tube digestif. Essai d'unification. *Id.*, n° 338.
- Beyer.** Essai sur l'estomac biloculaire. *Annales de la Société médicale de Gand*, 1904.
- Blake.** One case of hourglass stomach. *Annals of surgery*, 1903, p. 280.
- Boisemard.** *De l'estomac biloculaire et spécialement de son traitement chirurgical.* Thèse de Paris, 1906.
- Bourget.** In thèse PERRET, 1896.
- Bouveret (L.).** Sur le diagnostic de l'estomac biloculaire par l'insufflation. *Lyon médical*, 1896.
- Estomac biloculaire. Tension extrême de la poche. Ponction. *Id.*, 16 mai 1902.
- In Thèse CHAPOTOT.

- Cabannes.** Biloculation de l'estomac survenue comme conséquence d'une sclérose périgastrique. *Journal médical de Bordeaux*, 3 juin 1900, p. 400.
- Cerni.** A propos d'un estomac en bissac ; double gastro-entérostomie. *Normandie médicale*, 1906, p. 175.
- Cerné et Delaforge.** *La radioscopie clinique de l'estomac*, p. 83.
— A propos du diagnostic radiologique de l'estomac biloculaire. *Archives des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, n° 6, juin 1912, p. 333.
- Chabrière.** *L'estomac biloculaire*. Thèse de Toulouse, 1894.
- Chapotot.** *Estomac et corset*. Thèse de Lyon, 1892.
- Courmont.** Estomac en bissac. Gastroplastie. Guérison. *Lyon médical*, 1895, n° 39, p. 156.
- Cruveilhier (J.).** *Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1849, t. I, p. 715.
- Cumston.** A case of hourglass stomach. *New-York medical Journal*, 9 déc. 1909, p. 837.
- Decker.** Zur diagnose der Sandhurmagens. *München med. Woch.*, 1902, p. 1525.
- Delagenière.** Contribution à la chirurgie du pancréas, d'après 40 observations. *Arch. prov. de chirurgie*, 1906, p. 197 et 267.
- Delore et Challier.** Ulcère calleux de la face antérieure de l'estomac. Estomac biloculaire. Résection anulaire mediogastrique. *Soc. sciences médicales de Lyon*, 3 juillet 1907.
- Desternes.** Biloculation et diverticule de l'estomac par ulcère perforant. *Bull. et mém. de la Société de radiologie*, n° 34, p. 41.
- Doré.** Un cas d'estomac biloculaire. *Gazette médicale de Nantes*, 1904, p. 983.
- Doyen.** *Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum*, 1905, p. t. IV, p. 265.
- Eichhorst (H.).** *Traité de diagnostic médical*, Trad. franç., 1890, p. 542.
- Ehrnroot.** Estomac biloculaire et modifications de l'estomac qui peuvent le simuler. *Munch. med. Woch.*, 25 juillet 1903, p. 1308.
- Elder.** A case of hourglass stomach. *Annals of surgery*, mai 1902, p. 598.

Enriquez et G. Durand. Déformations biloculaires de l'estomac secondaire à l'aérophagie et à la pneumocolie. *Mouv. méd.*, fév. 1913.

Ewald. Zur Diagnose des Sanduhrmagens. *Deutsch. Arch. für klin. Med.*, 1902, t. LXXIII, p. 152.

Fromont. Thèse de Lille, 1890.

Garri. *Münch. med. Woch.*, 1898, n° 37, p. 1165.

Godart-Danhieux. A propos de l'estomac biloculaire. *La Poli-clinique*. Bruxelles, 1^{er} janvier 1908, p. 1.

Gompertz. Case of hourglass stomach. *Practitioner*, sept. 1907, p. 425.

Gotz. Un cas d'estomac en sablier. *Aerztl. Verein in Dantzig*, 12 janvier 1907.

Guillemot (A.). *L'estomac biloculaire*. Thèse Paris, 1908.

Guinard (A.). Un cas d'estomac biloculaire. *Soc. chirurgie*, 19 décembre 1900, p. 1125.

Hartmann. *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*. Paris, 1903.

— Rapport à la *Société de chirurgie de Paris*, 9 déc. 1907, p. 767.

Hayem et G. Lion. Estomac biloculaire. *Maladies de l'estomac*, p. 565.

Jaboulay. Nouveaux faits de chirurgie stomacale. *Arch. prov. de chirurgie*, oct. 1896.

Janne. A propos de l'estomac biloculaire. *Société de chirurgie*, rapport TUFFIER, p. 843.

Jaugeas. *Précis de radiodiagnostic*, p. 391.

Labat. et Laugier. *Gaz. des Hôpitaux*, 1851, p. 255.

Laudi. Contributo allo diagnosi dello stomacho e clessidra. *Il Poli-clinico* (Sezione pratica), 1904, p. 1234.

Legros. Radiodiagnostic de l'estomac biloculaire. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, févr. 1912, n° 2, p. 79.

Leriche et Cotte. Biloculation physiologique et biloculation anatomique de l'estomac. *Lyon médical*, 27 avr. 1913, n° 17, p. 900.

Lion (G.). Estomac en sablier avec sténose médio-gastrique. Radiographie. *Soc. méd. des Hôpît.*, 2 févr. 1906, p. 110.

— Observation d'estomac biloculaire avec sténose médio-gastrique. Des caractères cliniques des sténoses médio-gastriques. *Soc. méd. des Hôpît.*, 26 janv. 1906, p. 78.

- Lion (G.) et Marcel Nathan.** Estomac biloculaire. *Archives des mal. de l'app. digest. et de la nutr.*, 1908, n° 10, p. 597; n° 11, p. 673; n° 12, p. 728.
- Leven et Barret.** Radioscopie gastrique. *Id.* mars 1907, p. 142. *Société méd. des Hôpitaux*, 25 févr. 1910.
- Malescot et Huet.** *Progrès médical*, 1881, p. 686.
- Marion.** Thèse de Paris, 1897.
- Mathieu (A.).** Le clapotage et la matité déclive dans l'occlusion incomplète de l'estomac. *Arch. des mal. de l'app. digest. et de la nutrition*, juin 1908, n° 9, p. 329.
- Biloculation gastrique. *Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage* (MATHIEU, SENCERT, TUFFIER), p. 731.
- Diagnostic radiologique des lésions déformantes de l'estomac. *Id.*, p. 745.
- Montprofit (A.).** De la gastro-entérostomie pour estomac biloculaire. *Arch. prov. de chir.*, 1904, p. 120.
- Chirurgie de l'estomac biloculaire. *Id.*, 1906, p. 651 et 720; 1907, p. 55.
- Œttinger et Bonniot.** Estomac biloculaire diagnostiqué et opéré *Bull. et mém. de la Soc. de radiol.*, n° 27, p. 264.
- Perret.** *L'estomac biloculaire.* Thèse de Lyon, 1896.
- Pouchet.** *De l'estomac biloculaire et de son traitement chirurgical.* Thèse Lyon, 1906.
- Roux.** *Congrès de chirurgie*, 1898.
- Terrier et Hartmann.** *Chirurgie de l'estomac*, 1899.
- Teissier** (de Lyon), in thèse PERRET.
- Tuffier.** *Société de chirurgie*, 1897, p. 843.
- Tuffier et Aubourg.** Examen de quelques estomacs à l'aide de rayons Röntgen. *Presse médicale*, 11 oct. 1907.
- Tuffier et Roux-Berger.** L'estomac biloculaire. *Presse médicale*, 7 mai 1913, p. 369.
- Veyrassat.** L'estomac biloculaire et son traitement chirurgical. *Revue de chirurgie*, août-septembre 1908.
- Watson.** Hourglass stomach and its surgical treatment. *Transactions of the med. surg. Association*, 1900, p. 165.

